

WORKSHOP

**“La governance delle cure primarie per la gestione delle cronicità:
framework e strumenti – il ruolo del middle management”**

L'accreditamento del percorso cure primarie

Dott. Marco Farnè

UF Cure Primarie Piana di Lucca

Firenze, 22 novembre 2018



Un po' di storia per fare chiarezza...



Certificazione di qualità

Norme ISO 9000, recepite in Italia nel 1988 con la sigla UNI-EN 29000, finalizzate alla standardizzazione delle linee produttive.

In costante evoluzione e aggiornamento

Autorizzazione all'esercizio

- **Rispetto dei criteri strutturali e logistici**
- **Rispetto dei criteri impiantistici**
- **Rispetto dei requisiti organizzativi**

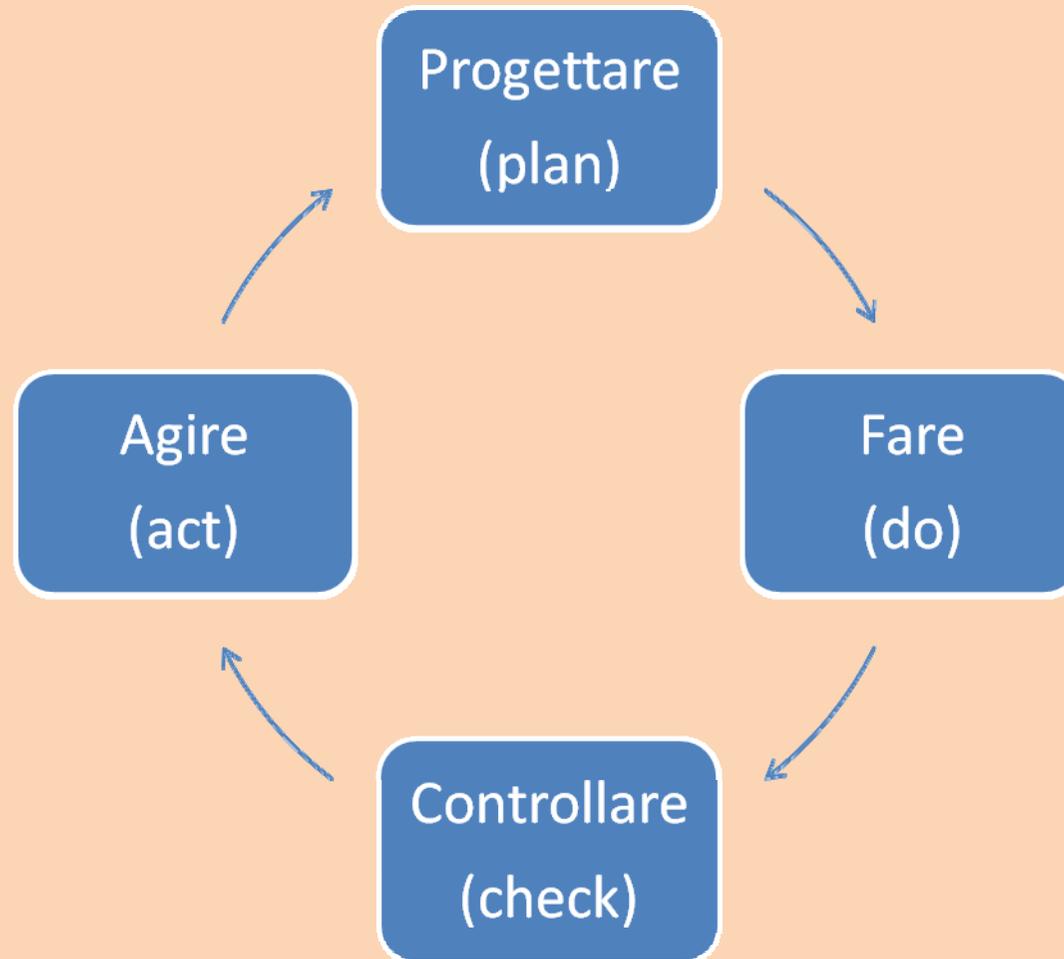
per le strutture sanitarie, processo iniziato in Regione Toscana nel 2001

Accreditamento istituzionale

Rispetto delle norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie

Attraverso la verifica dell'elaborazione e dell'applicazione di procedure condivise finalizzate al miglioramento continuo della qualità e al rispetto delle buone pratiche e delle raccomandazioni ministeriali in materia di qualità e sicurezza delle cure e dei percorsi assistenziali, processo iniziato in Regione Toscana per le strutture organizzative sanitarie nel 2001

Ciclo di Deming



Requisito

Le attività di Assistenza Domiciliare sono erogate all'interno di un progetto personalizzato?

Evidenze

Sono presenti obiettivi misurabili?

E' chiaramente identificato il case manager?

Vi è evidenza che il progetto sia rivalutato periodicamente?

Requisito

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Il personale valuta in maniera multidimensionale il paziente in ingresso e individua interventi assistenziali coerenti con le valutazioni?

Evidenze

E' stata effettuata la valutazione in ingresso con raccolta dati

Parte medica: **valutazione** in ingresso (anamnesi ed altre valutazioni ulteriori rispetto all'accertamento infermieristico)

Coerentemente con le condizioni del paziente valutate in ingresso (e durante la degenza/presa in carico), è stata effettuata la **valutazione** sul

- rischio **cadute** (scale/checklist validate)



esempio →



- rischio **ulcere da pressione** (scale/checklist validate)

PUSH

- rischio **nutrizionale** (indice di valutazione del rischio di malnutrizione attraverso una scala validata ad esempio, indice MUST e peso corporeo)



Sono stati **individuati** interventi assistenziali coerenti con le valutazioni?

Sono stati **realizzati** gli interventi assistenziali pianificati?

Sono stati **registrati** gli interventi assistenziali effettuati?

Requisiti

RISCHIO FARMACI

Esiste un sistema di gestione del rischio correlato al processo di gestione dei farmaci?



Requisito

DOCUMENTAZIONE IN DIMISSIONE

Al momento della dimissione viene fornita la documentazione necessaria al corretto proseguimento del percorso di cura?

Requisito

EDUCAZIONE AL PAZIENTE

E' attivato un percorso di educazione sanitaria per il paziente finalizzato alla buona gestione della dimissione e del follow up?

Requisito

SISTEMA DI GESTIONE DEL DOLORE

Esiste un sistema di gestione del dolore?



Evidenza

Protocolli di rilevazione del dolore per pazienti che hanno difficoltà a comunicare

Requisito

ACCESSI VASCOLARI VENOSI

Sono adottate per la gestione degli accessi vascolari venosi centrali e periferici?

Evidenza



Procedure per la prevenzione dei rischi correlati alla gestione degli accessi venosi centrali (PICC, MEDLINE, PORT, CVC ecc) e periferici

Segnalazione Evento Sentinella	
Audit clinico	
Rassegne di Mortalità e Morbidità	
Incident Reporting	
Igiene mani	
Scheda Terapeutica Unica	
Appropriatezza terapia antibiotica	
Corretta identificazione del paziente	
Prevenzione distocia di spalla	
Emorragia post partum	
Prevenzione ulcere da pressione	
Gestione del dolore	
Rischio nutrizionale	
Prevenzione infezioni CVC	
Indice di deterioramento	
Prevenzione cadute	
Gestione chemioterapici antitumorali	
sorveglianza farmacoresistenze	
Prevenzione trombosi venosa profonda	
Comunicazione difficile	
TAO	
Check list	

RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI DI PERTINENZA PER PERCORSO

	chirurgico	medico	oncologico	screening	ortopedico	materno infantile	pediatrico	cure primarie	salute mentale	area critica	emergenza	dipendenze	riabilitazione
1 Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	si	si	si	no	si	si	si	no	si ¹	si	si	no	si ¹
2 Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	si	no	no	no	si	si	no	no	no	no	no	no	no
3 Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	si	no	no	no	si	si	no	no	no	no	no	no	no
4 Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	si	si	si	no	si	si	si	no	si ¹	si	si	no	si ¹
5 Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	si	si	si	no	si	si	si	no	si ¹	si	si	no	si ¹
6 Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no
7 Prevenzione della morte, come o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	si	si	si	no	si	si	si	si	si	si	si	si	si
8 Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
9 Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	si	si	si	no	si	si	si	si	si ¹	si	si	no	si
10 Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	si ²	no	si	no	no	no	no	NO (con eccezione strutture odontoiatriche/oncologiche)	no	no	no	no	no
11 Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	si	si	si	no	si	si	si	si	si	si	si	no	si
12 Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	si	si	si	no	si	si	si	no	si	si	si	si	si ¹
13 Prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	si	si	si	no	si	si	no	si ³	no	si	si	no	si

¹relativamente alla degenza ospedaliera

²limitatamente alla chirurgia maxillo-facciale

³limitatamente alle strutture di riabilitazione, centri di medicina sportiva

tab 12_A_ (salvo valutazione caso per caso) RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	TAB12_A_ diagnostica e analisi cliniche
si ¹	no
NO (con eccezione DG)	no
NO (con eccezione DG)	no
si ¹	no
si ¹	no
no	no
si	si
si	si
si	si
NO (con eccezione strutture odontoiatriche/oncologiche)	NO (con eccezione strutture odontoiatriche/oncologiche)
si	no
si ¹	no
si ¹	si ¹

Stralcio di check list relativa alla verifica della documentazione clinica (tabella di excel)

REQUISITI SPECIFICI E COMUNI **PROCESSO CURE PRIMARIE** FONTE REVISIONE DOCUMENTAZIONE CLINICA

COMPILARE SOLO LE RIGHE BIANCHE CON UNO DEI SEGUENTI VALORI: 1 (SI), 0 (NO), 0,5 (IN PARTE), NP (INDICATORE NON PERTINENTE), NA (INDICATORE NON APPLICABILE AL SINGOLO CASO), ND (DATO NON DISPONIBILE)

		Zona Distretto Plana di Lucca				
		1	2	3	4	5
REQUISITO	N.B. IL NUMERO RIPORTATO E IDENTIFICATIVO DELLE SINGOLE CARTELLE CLINICHE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE E' UNA TRANSCODIFICA DEL NUMERO DI CC CHE RISULTA DAL NOSTRO APPLICATIVO SINS DI INSIEMERCATO. INSIEME ALLE CARTELLE ESAMINATE ABBIAMO LA TABELLA CON L'ELENCO DELLE CARTELLE E LA CORRISPONDENZA TRA NUMERO ASSEGNATO PER LA VERIFICA E NUMERO DI CARTELLA REALE.	SE Care Primarie, Plana di Lucca				
	Sono presenti obiettivi misurabili, il case manager e la rivalutazione periodica					
Le attività di Assistenza Domiciliare sono erogate all'interno di un progetto personalizzato	Sono presenti obiettivi misurabili	0	0	0,5	0,5	0,5
	E' chiaramente identificato il case manager	1	1	1	1	1
	Vi è evidenza che il progetto sia rivalutato periodicamente	0	0	0	0	0

Requisito

Esiste un processo sistematico e periodico di **Audit**, al livello di Zona Distretto, in merito ai dati di processo e di esito disponibili?



Evidenza

Verbali di riunioni di Audit sui dati di processo e di esito con periodicità almeno semestrale

Requisito

Viene assicurata e monitorata la presenza e la effettiva disponibilità di un insieme di risposte assistenziali previste per garantire la continuità assistenziale in dimissione

(CURE INTERMEDIE)

Evidenza

Numero di posti letto attivati coerenti con le indicazioni delle delibere regionali sulla popolazione over 65 della zona di riferimento

Requisito

La strategia e le azioni per l'**empowerment del paziente** sono sistematicamente implementate?

(vedi indicatori delibera progetto IDEA)

Evidenza

Grado di diffusione dei **programmi di autogestione** nella popolazione generale della zona distretto

Requisito

PREVENZIONE E SORVEGLIANZA INFEZIONI

E' definito e messo in atto un insieme di azioni coerenti finalizzate alla **sorveglianza e controllo delle infezioni?**

Evidenza

- Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione della sepsi grave e dello shock settico a partire dalla sua identificazione precoce in tutti i setting assistenziali (applicazione del livello di base della PSP – Pratica per la Sicurezza del Paziente “SEPSI”)
- Monitoraggio dell'applicazione della procedura sul **lavaggio delle mani**



Requisito

RISCHIO FARMACI

Esiste un sistema di gestione del rischio correlato al processo di **gestione dei farmaci**?

Evidenza

The logo for STU (Scienze e Tecnologie Universitarie) is displayed in a light gray rounded square. The letters 'STU' are in a bold, black, sans-serif font.

Monitoraggio dell'applicazione delle **raccomandazioni ministeriali** relative ai farmaci:
n.1 (KCL), n.7 (gestione e conservazione dei farmaci ed errori di terapia), n.12 (farmaci LASA – Look Alike/Sound Alike), n.17 (riconciliazione)

Requisito

RISCHIO DISPOSITIVI MEDICI

Esiste un sistema di gestione del rischio correlato ai **dispositivi medici e agli impiantabili?**

Evidenza



Monitoraggio dell'applicazione delle **raccomandazioni ministeriali** relative i dispositivi (n.9) ovvero dell'adozione di modalità per la prevenzione dei rischi correlati all'utilizzo dei dispositivi medici (per es. elettromedicali)

Requisito

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

La continuità assistenziale è garantita da **protocolli di continuità** tra le strutture aziendali ed extra aziendali?



Evidenza

Set minimo di informazioni cliniche ed assistenziali che permette una **comunicazione verbale e/o scritta sintetica ed efficace** (applicazione del livello di base della PSP – Pratica per la Sicurezza del Paziente “handover”)

Requisito

DIFFUSIONE DEI PROTOCOLLI

Il personale conosce gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (**pdta, protocolli terapeutici assistenziali, procedure**) adottati dalla struttura?



Evidenza

Modalità di **diffusione degli strumenti di indirizzo clinico e assistenziale**

Requisito

SISTEMA DI REPORTING AND LEARNING

Sono in uso strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi aziendali del sistema qualità e sicurezza?

Evidenza

- Sistema per la segnalazione di eventi con danno e senza danno (applicazione del livello base della PSP **IR-Incident Reporting**) 
- Realizzazione **M&M (Mortality & Morbidity)** review 
- Report di **AUDIT (S.E.A. – Significant Event Audit)** con la definizione di azioni di miglioramento, responsabilità e tempi di realizzazione 
- Monitoraggio dell'applicazione **linee guida ministeriali per la gestione e comunicazione degli eventi avversi in sanità** (per esempio, **IMPORTANZA DELLA COMUNICAZIONE NEL FINE VITA**) 

Requisito

MONITORAGGIO DEGLI ESITI

E' garantito il monitoraggio degli esiti e la discussione tra tutti gli operatori, su base almeno annuale, dei dati inerenti re-ricoveri, mortalità, complicanze e altri indicatori ritenuti rilevanti, con un confronto con i dati regionali e nazionali e di letteratura, e la discussione di eventuali azioni di miglioramento?



Evidenza

Verbali di incontri su base almeno annuale relativi alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, contenenti anche le ipotesi di miglioramento

Requisito

ADESIONE PROTOCOLLI E PDTA

Sono in uso **strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale** per la casistica a maggior volume principale (in termini di volumi e di rischio procedura) e sono oggetto di monitoraggio specifico e quindi di discussione per quanto riguarda il livello di adesione?

Evidenza

Verbali di incontri almeno annuali relativi alla **discussione sui dati** relativi all'adesione agli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale e conseguenti **piani di miglioramento**



Requisito

PREVENZIONE COMPORTAMENTI AGGRESSIVI E AUTOLESIONISTICI

Sono applicate le indicazioni per la prevenzione del **suicidio dei pazienti** e delle **aggressioni verso operatori e pazienti?**



Evidenza

Monitoraggio dell'applicazione delle **raccomandazioni ministeriali** relative alla **prevenzione del rischio suicidiario** ed alla gestione delle **aggressioni verso operatori**



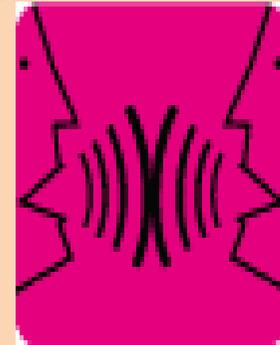
Requisito

COMUNICAZIONE DIFFICILE

Sono definite, conosciute e applicate le modalità di **gestione della comunicazione a pazienti e parenti degli eventi avversi?**

Evidenza

Monitoraggio dell'applicazione del livello di base della PSP relativa alla comunicazione difficile degli eventi avversi

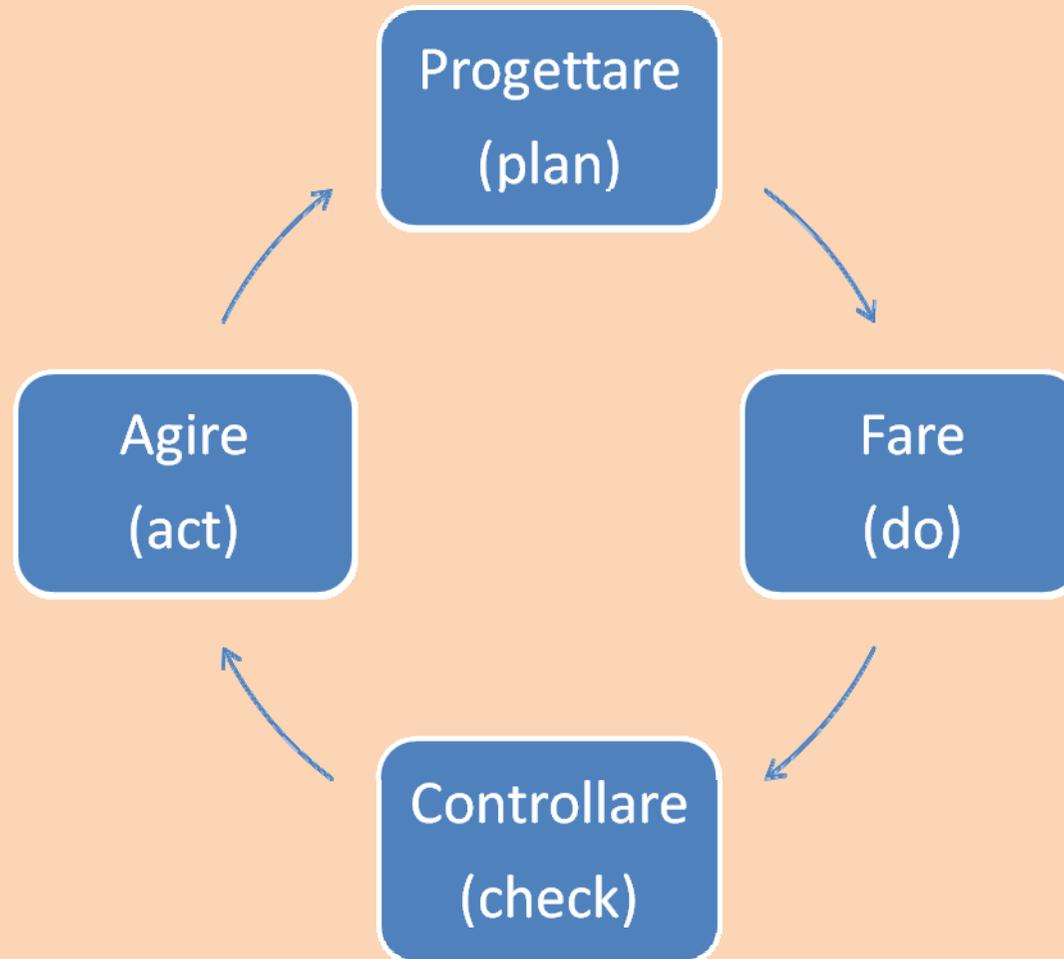


Stralcio della Check list per monitoraggio interno

AUTOVALUTAZIONE CURE PRIMARIE da Monitoraggio e Documentazione: CURE PRIMARIE ZONA PIANA di LUCCA										
REQUISITO	PESO	EVIDENZA	INDICATORE	numeratore	denominatore	STANDARD	FONTE	INSERIRE AUTOVALUTAZIONE: 0 (no), 0,5 (in parte), 1 (si), NP (non pertinente)	Eventuali Note della struttura che si autovaluta	INDICAZIONI PER L'AUTOVALUTAZIONE
		Comunicazione al paziente e/o i familiari o i caregiver sul trasferimento in altro setting								
5.1.COM.7 DIFFUSIONE DEI PROTOCOLLI Il personale conosce gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale (pdta, protocolli terapeutici assistenziali, procedure) adottati dalla struttura	1	Modalità di diffusione degli strumenti di indirizzo clinico e assistenziale				SI	Monitoraggio interno	1		Procedura ATNO per medicazioni avanzate – verbali di presentazione e lista di distribuzione delle procedure.
		Sistema per la segnalazione di eventi con danno e senza danno (applicazione del livello base della PSP "incident reporting")				SI	Monitoraggio interno	0,5	L'applicativo SIGRC è disponibile sulla INTRANET aziendale presso la ZD Piana di Lucca per la gestione degli M&M e Audit, ma abbiamo verificato che non tutto il personale conosce le modalità di accesso per la segnalazione degli eventi. AZIONE DI MIGLIORAMENTO: condividere la procedura di accesso al sistema tra operatori e facilitatori.	è indispensabile, al fine di attestare il requisito dell'accreditamento, che vi sia almeno il monitoraggio dell'applicazione della procedura definita ogni volta che si realizza un evento con danno o senza danno (DD 3312). La procedura prevede che le segnalazioni siano inserite e gestite nel flusso informativo "SIGRC" e che nel caso di Eventi Sentinella siano assolti correttamente i debiti informativi verso la Regione e verso il Ministero della Salute.
		Realizzazione M&M	Numero di M&M review (revisioni di morbilità e mortalità) svolte in un anno			2	Monitoraggio	1		Rispondere SI se nel 2016/2017 sono stati realizzati almeno 2 M&M

Pagina 14

Ciclo di Deming



Grazie per l'attenzione.